

## 介護予防・日常生活支援総合事業

### 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）契約書別紙（兼重要事項説明書）③

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要な事項は、次のとおりです。

#### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人 碓氷福祉会               |
| 主たる事務所の所在地 | 〒379-0215 安中市松井田町高梨子1491-1 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 田口 晴也                  |
| 設立年月日      | 平成6年7月26日                  |
| 電話番号       | 027-393-5858               |

#### 2. ご利用事業所の概要

|            |  |       |            |
|------------|--|-------|------------|
| ご利用事業所の名称  | デイサービスセンターうすいの里  |       |            |
| サービスの種類    | 第1号通所事業（介護予防通所介護相当）  |       |            |
| 事業所の所在地    | 〒379-0215 安中市松井田町高梨子1491-1                                     |       |            |
| 電話番号       | 027-393-5858   |       |            |
| URL        | <a href="http://www.usuinatosato.com">www.usuinatosato.com</a> |       |            |
| 指定年月日      | 平成24年4月1日指定  | 事業所番号 | 1072500075 |
| 実施単位       | 1単位  | 利用定員  | 定員30人      |
| 通常の事業の実施地域 | 安中市  |       |            |

#### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。                               |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、年末年始4日間を除きます。 |
| 営業時間     | 午前8時15分から午後5時15分まで              |
| サービス提供時間 | 午前8時45分から午後4時15分まで              |

#### 6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種           | 勤務の形態・人数           |
|------------------|--------------------|
| 生活相談員            | 常勤 2人(うち1名介護職員が兼務) |
| 看護職員             | 常勤 0人、 非常勤 2人      |
| 介護職員             | 常勤 2人、 非常勤 8人      |
| 機能訓練指導員(看護職員が兼務) | 常勤 0人、 非常勤 2人      |
| 運転業務員            | 非常勤 5人             |

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|          |             |
|----------|-------------|
| 担当職員の氏名  | 生活相談員 新井 潤子 |
| 管理責任者の氏名 | 施設長 茂木 達也   |

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号介護予防通所介護相当サービスの利用料基本部分、加算の合計の額となります。

**【基本部分：介護予防通所介護相当（みなし・独自）】**

| 利用者の要介護度      | 基本利用料         | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 事業対象者<br>要支援1 | 17,980円（1月当り） | 1,798円        | 3,596円        | 5,394円        |
| 要支援2          | 36,210円（1月当り） | 3,621円        | 7,242円        | 10,863円       |

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**【加算：介護予防通所介護相当】**

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類               | 加算の要件（概要）  | 加算額                            |                   |                   |                   |
|---------------------|--|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                     |  | 基本利用料                          | 利用者<br>負担<br>(1割) | 利用者<br>負担<br>(2割) | 利用者<br>負担<br>(3割) |
| 生活機能向上<br>グループ活動加算  | 生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合                               | 1,000円                         | 100円              | 200円              | 300円              |
| 運動器機能向上加算           | 運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合                            | 2,250円                         | 225円              | 450円              | 675円              |
| 栄養アセスメント<br>加算      | 管理栄養士を配置し、栄養アセスメントを実施し、説明等を行った場合                             | 500円                           | 50円               | 100円              | 150円              |
| 栄養改善加算              | 低栄養状態の改善等を目的として個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合                   | 2,000円                         | 200円              | 400円              | 600円              |
| 口腔機能向上加算<br>(I)     | 口腔機能の向上を目的として、個別に口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合 | 1,500円                         | 150円              | 300円              | 450円              |
| 口腔機能向上加算<br>(II)    | 上記に加え、口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必、必要な情報を活用する場合                    | 1,600円                         | 160円              | 320円              | 480円              |
| 事業所評価加算             | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合                                      | 1,200円                         | 120円              | 240円              | 360円              |
| サービス提供体制<br>強化加算(I) | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合                                      | 要支援1<br>880円<br>要支援2<br>1,760円 | 88円<br>176円       | 176円<br>352円      | 264円<br>528円      |
| 介護職員等<br>待遇改善加算I    | 介護職員の待遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合                                  | サービス単位の合計 × 9.2%               |                   |                   |                   |

(注) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## (2) その他の費用

|      |  |
|------|--|
| 食 費  | 食事の提供を受けた場合、1回につき575円の食費をいただきます。なお、利用当日の9:00までにキャンセルの連絡がない場合には、提供したものとみなし、食費をいただきます。         |
| おむつ代 | おむつ等の提供を受けた場合、後日同等品をお返しいただきます。   |
| その 他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

## (3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期         | キャンセル料    |
|------------------|-----------|
| 利用予定日の当日午前9:00以降 | 食費の100%の額 |

## (4) 支払い方法

上記（1）から（3）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10日以内に差し上げます。

| 支払い方法 | 支払い要件等  |
|-------|---|
| 口座引落  | サービスを利用した月の翌々月の10日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。                             |
| 銀行振込  | サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。<br>群馬銀行 松井田支店 普通口座 0515187 |
| 現金払い  | サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。                                       |

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|     |      |  |    |  |
|-----|------|--|----|--|
| 主治医 | 医療機関 |  | 氏名 |  |
|     | 所在地  |  |    |  |
|     | 電話番号 |  |    |  |

#### 緊急連絡先

|   |        |  |        |  |
|---|--------|--|--------|--|
| ① | 氏名     |  | 続柄     |  |
|   | 住所     |  |        |  |
|   | 自宅電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| ② | 氏名     |  | 続柄     |  |
|   | 住所     |  |        |  |
|   | 自宅電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |

#### 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び安中市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 027-393-5858<br>面接場所 当事業所の相談室 |
|---------|------------------------------------|

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                |                   |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 安中市介護高齢課       | 電話番号 027-382-1111 |
|        | 群馬県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 027-290-1323 |

#### 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

#### 13. 非常災害対策

- (1) 管理者は、防火管理者等を定めて災害事故防止と利用者の安全確保に努めています。
- (2) 災害による施設の倒壊などにより、施設が使用不能に陥りサービス提供が困難になった場合、「第6条天災などの不可抗力」を適用のうえ、利用者を家族へ引き継ぐことがあります。

令和　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面を交付したうえで、契約書別紙（兼重要事項説明書）を説明いたしました。

事 業 者 所在地

事業者名 デイサービスセンターうすいの里

管理者・氏名 施設長 茂木 達也 印

説明者職・氏名 生活相談員 新井 潤子 印

私は、本書面の交付を受け、事業者より上記の契約書別紙（兼重要事項説明書）について説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 住 所

氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名 印